

## Perception de l'acquisition des compétences du métier de médecin généraliste par les internes de médecine générale : enquête nationale

### *Perceived acquisition of general-practitioner skills by clerks in medicine: national survey*

Elodie HERNANDEZ<sup>1,\*</sup>, Emmanuel BAGOURD<sup>2</sup>, Anne-Lise TREMEAU<sup>1</sup>, Anne-Lise BOLOT<sup>1</sup>, Catherine LAPORTE<sup>3</sup>, et José-Philippe MORENO<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup> Département universitaire de médecine générale, Faculté de médecine de Besançon, Université de Franche Comté, Besançon, France

<sup>2</sup> Département universitaire de médecine générale, Faculté de médecine de Tours, Université de Tours, Tours, France

<sup>3</sup> Département universitaire de médecine générale, Faculté de médecine de Clermont-Ferrand, Université de Clermont Auvergne, Clermont-Ferrand, France

<sup>4</sup> Laboratoire Chrono-environnement, UMR 6249, CNRS, 16 route de Gray, 25030 Besançon cedex, France

Manuscrit soumis le 20 mai 2016 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 10 mai 2017 et 17 juin 2018 ; accepté pour publication le 23 juin 2018

**Résumé - Contexte et objectifs :** Dans la perspective d'une réforme du diplôme d'études spécialisées de médecine générale, créé depuis 2004 en France, l'objectif principal de cette étude était d'évaluer la perception des internes de médecine générale concernant l'acquisition des compétences du métier de médecin généraliste.

**Méthodes :** Une étude quantitative descriptive transversale nationale a été menée. Un questionnaire explorant la perception d'acquisition des compétences du métier de médecin généraliste a été administré aux adhérents du syndicat national des internes de médecine générale fin 2013. **Résultats :** Le taux de réponse obtenu était de 33,8 %. Le sentiment de maîtrise des compétences du métier de médecin généraliste s'améliore significativement après le stage chez le praticien, et en fin d'internat, excepté pour la compétence « éducation du patient » ( $p < 0,001$ ).

**Discussion et conclusions :** La perception de l'acquisition des compétences a été classée en quatre catégories : les compétences perçues comme acquises (éducation du patient) ; les compétences perçues comme non acquises par manque d'exposition (coordination des soins) ; les compétences perçues comme acquises avec le temps d'exposition (premier recours, approche centrée patient) ; les compétences perçues comme d'acquisition progressive malgré une exposition croissante au cours du troisième cycle (professionnalisme, complexité). La formation actuelle permet aux internes de se confronter à l'ensemble des situations spécifiques du métier de médecin généraliste, notamment après le stage chez le praticien mais des besoins de formation ne sont pas satisfaits de façon optimale.

**Mots clés :** médecine générale, formation, internat et résidence, compétences

**Abstract. Context and objectives:** In France, the general-practitioner degree (Diplôme d'études spécialisées de médecine générale), established in 2004, is slated for a reform on ministerial request. The main goal of this study is to assess the impressions of clerks in general practice regarding the acquisition level of practitioner skills. **Methods:** A cross-sectional study that included quantitative and descriptive components was conducted nationally. At the end of 2013, a questionnaire examining the competencies relating to general-practitioner acquisitions was administered to the members of the national union of clerks in general practice (syndicat national des internes de médecine générale). **Study outcome:** One third of clerks answered the questionnaire. The mastering of competencies required of a general practitioner significantly improved following a clerkship with a general practitioner and at the end of the clerkships, with the exception of the "patient-education" skill ( $P < 0.001$ ). **Discussion and conclusions:** Skill-acquisition impressions can be classified into four categories: the competencies seen as "acquired" (patient education); the competencies seen as "not acquired"

\*Correspondance et offprints : Elodie HERNANDEZ, Département universitaire de médecine générale, Faculté de médecine de Besançon, Université de Franche-Comté, 19 rue Ambroise-Paré, 25000 Besançon, France.

Mailto : [elodie.hernandez@univ-fcomte.fr](mailto:elodie.hernandez@univ-fcomte.fr)

because of a lack of exposure (coordination of care); the competencies seen as “acquired through exposure” (primary health care, patient-centered approach); the competencies seen as “gradual acquisition” despite an increasing exposure to postgraduate courses (professionalism, complexity), interns recognizing a poor proficiency. Current training enables clerks to deal with a whole set of specific situations a general practitioner could be called on to face, especially after their clerkship with a practitioner. Yet, some training needs are not optimally met.

**Keywords:** general practice, training, clerkship and residency, skill

## Introduction

C'est en 1984 qu'a été introduite en France une formation spécifique à la médecine générale pour les internes qui se destinaient à cet exercice. Cette formation a fait ensuite l'objet d'évolutions périodiques, ordonnées par plusieurs dispositions réglementaires. En janvier 2013, à la demande des instances ministérielles et dans la perspective d'une réforme des diplômes d'études spécialisées –DES– (troisième cycle des études médicales en France [programme dit post-gradué dans certains pays], correspondant à la période de l'internat [dénommé résidanat ou résidence dans d'autres pays]), des groupes de travail ont été chargés d'élaborer des référentiels de formations à partir des référentiels métiers, lorsque ces derniers étaient disponibles.

La formation des internes en médecine générale est aujourd'hui fondée sur le paradigme d'apprentissage par compétences [1] et sur la définition de la médecine générale de la *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* (WONCA) [2]. Un référentiel de métier a été écrit par le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) [3] et sert de base aux professionnels pour définir les compétences du métier de médecin généraliste. À partir de ce référentiel, six compétences dites génériques ont été définies [4] (Figure 1).

À l'époque où ce travail a été entrepris, la maquette du DES de médecine générale [5] prescrivait 200 heures d'enseignement théorique et une formation pratique comprenant six semestres de stages. Chaque stage semestriel était effectué dans un lieu de stage agréé pour la médecine générale. Quatre stages étaient effectués en milieu hospitalier, dont trois obligatoires, respectivement en service de médecine d'adultes, en service de médecine d'urgence et en pédiatrie et/ou gynécologie, le quatrième étant libre. Un semestre était réalisé auprès d'un médecin généraliste agréé, maître de stage des universités. En dernière année, un semestre était effectué selon le projet professionnel de l'interne, soit en médecine générale ambulatoire sous la forme d'un stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé (SASPAS), soit dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet personnel validé par le coordonnateur local de médecine générale.

Dans le cadre de cette réforme du troisième cycle qui se préparait, l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG), représentant les internes de médecine générale, a souhaité réaliser une autoévaluation des compétences des internes à grande échelle.

Dans ce contexte, l'objectif principal de l'étude rapportée dans ce travail était de recueillir la perception des internes de médecine générale concernant les compétences à exercer le métier de médecin généraliste. Les objectifs secondaires étaient d'analyser cette perception en fonction de la réalisation du stage chez le praticien et du nombre de semestres réalisés.

## Méthodes

### Descriptif de l'étude

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive transversale.

Le recueil de données a utilisé un questionnaire, élaboré à partir du « Référentiel métier et compétences : médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens » [3], et de l'énoncé des six compétences génériques et des familles de situations décrites qui en découlent [4,6].

Les items du questionnaire ont été générés à partir d'une reformulation des compétences spécifiques à la spécialité de médecine générale [3]. Chaque compétence était abordée dans le questionnaire selon plusieurs items, chacun d'entre eux étant illustrés sous forme d'exemples concrets, pour une meilleure compréhension. Pour chaque exemple, deux questions étaient posées aux internes :

- avaient-ils été confrontés à la réalisation de cet acte ou exposés à cette situation ? ;
- se sentaient-ils à l'aise pour exécuter cet acte ou faire face à cette situation ?

Par exemple :

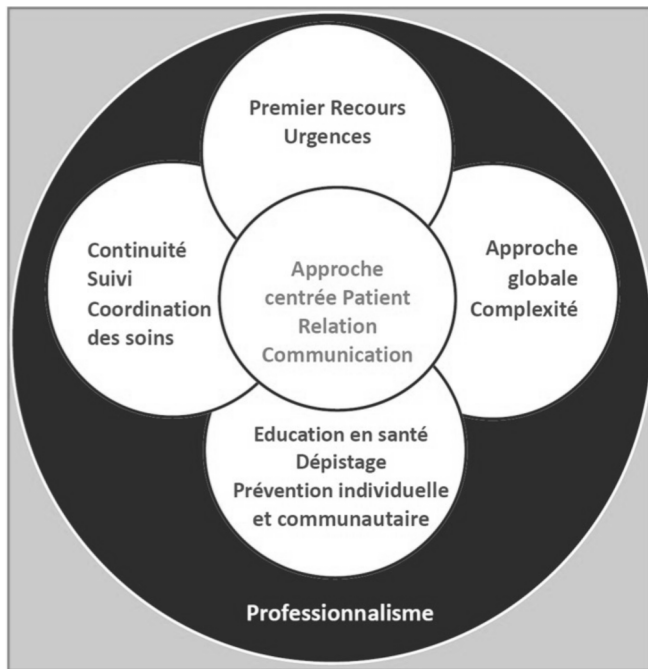
« Être capable d'intégrer et d'articuler l'éducation pour la santé, la prévention, le dépistage, les soins, y compris palliatifs et de réadaptation, entreprendre et participer à des actions de dépistage individuel et de dépistage de masse organisé » dans le référentiel métier est devenu :

« 8. Les actions de dépistage et de prévention :

Avez-vous réalisé des actions de dépistage et de prévention ? Oui/Non.

Êtes-vous à l'aise avec ces sujets ? Oui très à l'aise/ Oui assez à l'aise/ Non peu à l'aise/ Non pas du tout à l'aise ».

Cette transposition des compétences du référentiel métier en questionnaire a été formulée une première fois en reprenant mot pour mot les termes du référentiel métier, et en y associant une échelle de Likert pour que les internes décrivent leur perception. Un test a été réalisé auprès de 16 internes de l'ISNAR-IMG, qui avaient connaissance du sujet. Les internes n'ont pas répondu à toutes les questions car certaines restaient incompréhensibles pour eux. Une



**Figure 1.** Marguerite des compétences du métier de médecin généraliste.

reformulation des compétences a donc été réalisée, par deux internes de l'ISNAR-IMG. Une relecture a été réalisée par une médecin généraliste enseignante et chercheuse. Un second test a ensuite été effectué auprès des 16 mêmes internes, puis auprès de 13 internes naïfs du sujet. À l'issue de ce test, les internes testeurs avaient répondu à toutes les questions et ils déclaraient avoir compris le questionnaire.

La dernière partie du questionnaire concernait les caractéristiques sociodémographiques des répondants (nom, prénom, ville facultaire).

Les données ont été anonymisées secondairement.

### Déroulement de l'étude

De 2009 à 2013, 10 430 internes ont choisi la médecine générale à la suite des épreuves classantes nationales (ECN). Le questionnaire a été envoyé par courriel aux 5170 internes adhérents de l'ISNAR-IMG en 2012/2013, toutes promotions confondues. Les internes de médecine générale ayant passé les ECN en 2013 ont reçu le questionnaire de façon indirecte, via les représentants des internes de leur subdivision. Le courriel contenait un lien internet renvoyant vers le questionnaire.

La diffusion a débuté le 19 novembre 2013, des relances par mail ont été faites les 5 et 18 décembre 2013. La clôture des réponses a été fixée au 31 décembre 2013 minuit. Cette période correspondait au début de stage des internes (qui débute le 1<sup>er</sup> novembre).

### Vérification des données recueillies

La conformité du questionnaire a été contrôlée. Les critères d'exclusion étaient une identification incomplète concernant les critères nom, prénom, sexe, faculté de

deuxième et troisième cycle, et les réponses doubles pour un même répondant. L'anonymisation du sondage a été faite dans un second temps.

### Analyses statistiques

Les données qualitatives sont présentées sous forme d'effectifs et fréquences associées. Le test du Chi<sup>2</sup> ou le test exact de Fisher ont été utilisés pour les comparaisons. Tous les tests statistiques sont bilatéraux et le seuil de significativité est fixé à 5 %.

Des analyses croisées ont également été effectuées. Pour chaque thématique, une analyse a été réalisée en fonction de la réalisation du stage chez le praticien de niveau 1 (premier stage réalisé chez le praticien de médecine générale) et du niveau d'internat. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Stata version 13.

## Résultats

### Caractéristiques de la population étudiée

Le nombre de répondants était de 1749, soit un taux de réponse de 33,8 % de la population interrogée, correspondant à 16,8 % des internes de médecine générale affectés sur les trois années étudiées (Figure 2). Mille cinq cent huit questionnaires étaient conformes et analysables. Les réponses provenaient d'internes de 25 facultés différentes (Tableau I). Le ratio hommes/femmes était de 1/4.

### Résultats descriptifs

La figure 3 permet d'observer trois catégories d'activités.

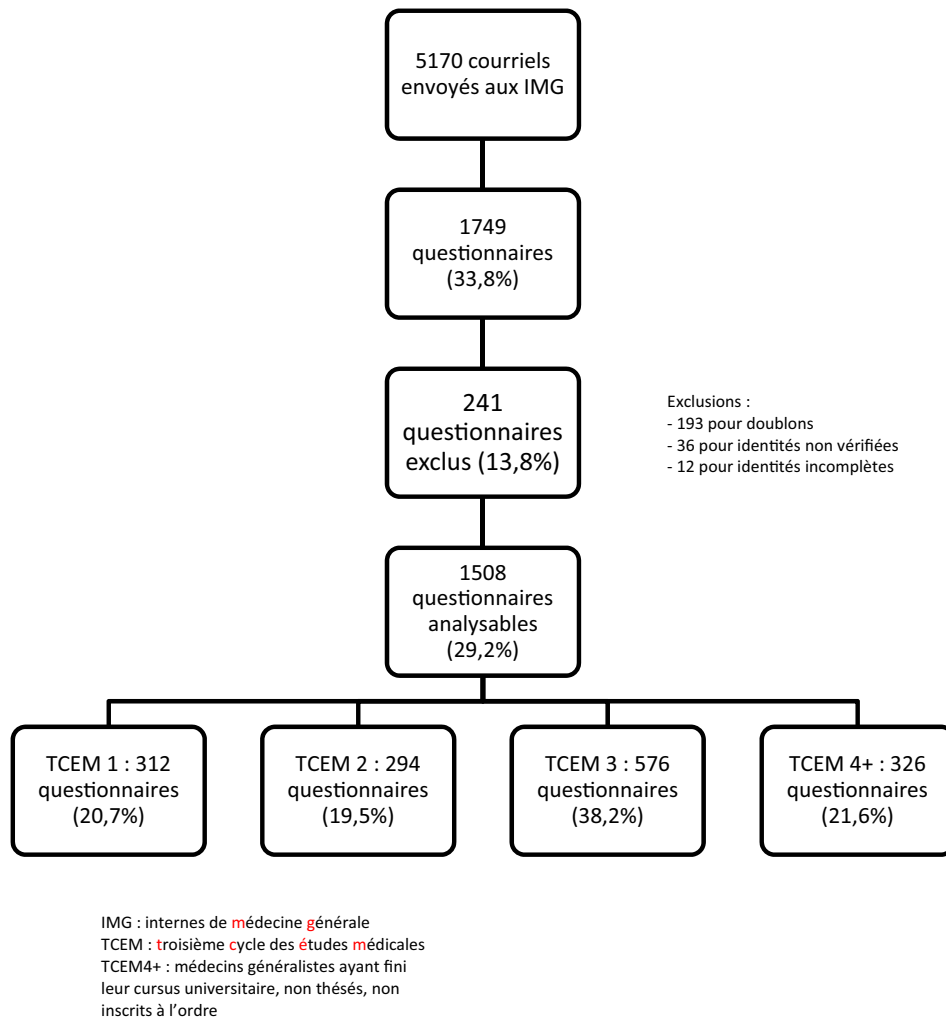
Le travail avec d'autres professionnels hospitaliers est très courant et très maîtrisé. Des activités comme la réalisation d'actions de dépistage et de prévention, ou la réalisation d'un frottis cervico-vaginal (FCV) sont souvent réalisées et facilement maîtrisées.

Des activités sont peu maîtrisées bien que les internes y soient régulièrement confrontés : la prise en charge aiguë en fonction du contexte global, l'annonce d'une maladie grave, la prise en compte du coût des soins, la prise en charge sociale. L'incertitude diagnostique est la situation la plus fréquemment rencontrée ; pourtant plus d'un interne sur deux déclare ne pas la maîtriser.

Les activités les moins réalisées et pour lesquels les internes se perçoivent le moins à l'aise sont : la régulation, la permanence des soins ambulatoires, les infiltrations et la pose de dispositif intra-utérin (DIU) (Tableau II).

Le tableau II montre les effectifs d'internes à l'aise avec une situation en fonction de l'exposition à celle-ci.

Plus une habileté technique est effectuée, plus l'interne déclare maîtriser ce geste : 86,3 % des internes ayant réalisé un FCV se perçoivent à l'aise avec cette pratique versus 5,8 % des internes n'en ayant pas fait ( $p < 0,001$ ).



**Figure 2.** Diagramme d'inclusion des participants à l'enquête.

Trois catégories se dessinent : la première où l'activité est bien maîtrisée, même quand les internes y ont été peu confrontés (la réalisation d'actions de dépistage et de prévention). La seconde catégorie est celle où la mise en situation de l'interne augmente le fait qu'il se perçoive à l'aise face à cette même situation. Ainsi, 67,2% des internes ayant utilisé des techniques de communication se sentent en confiance avec celles-ci. La dernière catégorie est celle où malgré une mise en situation importante, le sentiment de maîtrise des internes reste faible, comme la prise en charge sociale.

### Stage chez le praticien et avancée dans l'internat

Les tableaux III et IV montrent que le stage chez le praticien et l'avancée dans l'internat sont associés à une amélioration du sentiment de maîtrise de tous les items évalués ( $p < 0,001$ , sauf pour l'éducation du patient). Quatre compétences restent peu sollicitées : la permanence des soins ambulatoires, la pratique de la régulation téléphonique (qui assure la réponse aux demandes de soins exprimées aux horaires de permanence des soins ainsi

que, le cas échéant, l'orientation vers l'effecteur ou la structure adéquate), les infiltrations articulaires et péri-articulaires et la pose de DIU.

Les réponses des internes en début de premier semestre renseignent sur les acquisitions du second cycle d'études médicales. On différencie les situations, fréquentes à l'hôpital, auxquelles les étudiants de deuxième cycle ont été exposés, des situations complexes rencontrées par les internes au cours du troisième cycle.

### Évaluation de la formation administrative

On note une proportion importante d'internes déclarant ne pas savoir s'ils seront formés ou s'ils ont été formés à ces items (Tableau V).

La figure 4 montre qu'un interne débutant son cursus et un interne n'ayant pas réalisé son stage chez le praticien déclarent ne pas maîtriser les domaines administratifs du métier. La maîtrise de ces domaines est meilleure pour les internes qui ont réalisé le stage chez le praticien et pour les internes en fin de cursus.

**Tableau I.** Nombre de répondants par subdivisions d'internat.

Subdivisions	Effectifs
Amiens	43
Angers	85
Antilles-Guyane	20
Besançon	42
Bordeaux	24
Brest	39
Caen	24
Clermont-Ferrand	52
Grenoble	112
Lille	119
Limoges	17
Lyon	175
Marseille (Aix)	50
Nancy	49
Nantes	68
Nice	25
Paris	125
Poitiers	40
Reims	1
Rennes	130
Rouen	15
Saint-Étienne	46
Strasbourg	61
Toulouse	104
Tours	42
Total	1508

Plus le temps de formation déclaré augmente, plus l'interne se sent formé à la gestion administrative. Moins de 10 % des internes se perçoivent à l'aise avec les items de gestion administrative quand ils ne savent pas quel temps de formation y est consacré.

## Discussion

### Forces et limites de l'étude

Notre étude avait pour objectif de recueillir la perception des internes de médecine générale français concernant l'acquisition des compétences du métier de médecin généraliste.

Cette enquête a été réalisée à l'échelle nationale et a concerné 25 des 28 villes dont la ou les universités comportent une faculté de médecine. Le taux de réponses de 33,8 % est habituel pour une enquête de ce type. Le ratio homme/femme de notre étude est de 0,341, en accord avec la prépondérance féminine dans la population des internes de médecine générale.

Le questionnaire a été envoyé aux adhérents à l'ISNAR-IMG, soit environ 50 % des internes de médecine générale lors de la période de l'enquête. Le taux de répondants total correspondait à 16,8 % des internes de médecine générale affectés sur les trois années étudiées. On ne peut pas exclure que la population des adhérents à une

organisation syndicale ait des caractéristiques particulières, ce qui constitue une limite pour l'extrapolation des résultats.

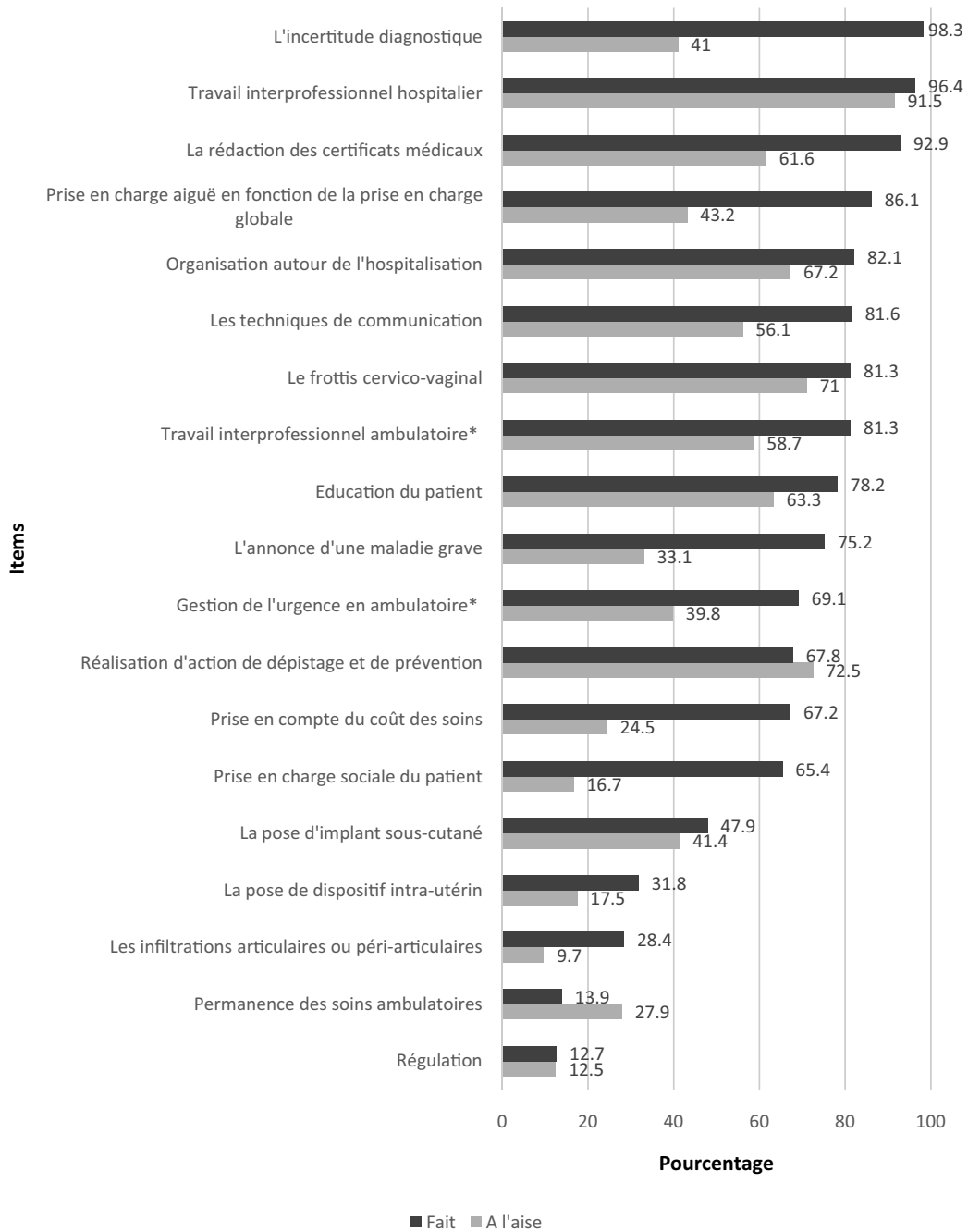
Le questionnaire a été élaboré pour connaître la prévalence de réalisation de gestes ou de mises en situation par rapport à des items du référentiel métier, et estimer le taux d'internes qui se percevaient à l'aise avec ces items. Il a été administré de novembre à décembre, en début de stage. L'analyse des réponses concernant la réalisation du stage chez le praticien n'a pas pris en compte les réponses « stage chez le praticien en cours », entraînant une diminution des effectifs analysés.

Le questionnaire a été créé pour l'étude, les items ayant été générés à partir d'une reformulation des compétences spécifiques à la spécialité de médecine générale, à partir d'un référentiel princeps validé par la communauté professionnelle concernée [3]; pour autant, les qualités psychométriques du questionnaire lui-même n'ont pas été vérifiées. Les versions intermédiaires et définitive du questionnaire ont simplement été testées auprès d'internes de médecine générale, puis reformulées selon leurs remarques, pour s'assurer de sa faisabilité et de sa bonne compréhension.

Les notions d'« acte », de « situation » ou de « compétences », telles qu'elles ont été exploitées dans cette étude peuvent aussi prêter à confusion; elles n'ont en effet pas été définies de manière méthodique, comme le recommandent par exemple certaines approches [7].

L'étude a pris en compte le référentiel métier du métier de médecin généraliste [3]. Ce choix permet de rendre compte de la perception des internes par rapport à un référentiel existant. Ce référentiel [3] décrit six compétences génériques, comme dans le cadre de référence canadien CanMeds [8]. Il a fait l'objet d'explicitation dans le cadre d'une série d'articles [4,6,9–13], pour faciliter la transposition pédagogique des compétences du métier de médecin généraliste à la formation des internes et pour aider la communauté universitaire lors de l'évaluation des compétences et la certification des internes.

Les aspects méthodologiques de la construction de ce référentiel pourraient être questionnés. L'ingénierie des compétences n'est en effet pas une démarche univoque. Au regard des douze constituants d'un référentiel de compétences qui sont inventoriés selon la perspective de l'approche par compétence intégrée [7], on peut en identifier plusieurs qui sont explicités dans le référentiel métier du médecin généraliste et dans les articles de la revue *Exercer*, qui en proposent la déclinaison sous forme de référentiel de formation. On retrouve ainsi : un cadre de référence professionnel [3]; un cadre de référence pédagogique [9]; une définition des compétences [4] et une description des familles de situations professionnelles [6]. La description des niveaux de compétences [10] tente de rendre compte des capacités, mais les rubriques d'évaluation, mettant en lien des critères et des indicateurs ne sont pas aisées à identifier. À cet égard,



**Figure 3.** Effectifs d'internes ayant été exposés et se percevant à l'aise avec la situation ou l'activité donnée. \*À ces questions, le répondant pouvait cocher une case « je n'ai pas encore réalisé le stage chez le praticien de niveau 1 » lorsqu'il s'agissait de la question « avez-vous déjà fait », ce qui explique que le calcul du pourcentage ne se fasse pas sur les 1508 répondants.

on peut relever que les compétences génériques, telles qu'elles sont représentées dans la « marguerite des compétences » [4], sont assimilables à des compétences transversales. Leur définition et leur représentation sous forme de « marguerite » s'est clairement inspirée de la représentation CanMeds des compétences. Cette représentation a été commentée [14] et considérée comme un référentiel de rôles, ce qui soulève la question de leur contextualisation aux situations professionnelles.

### Discussion des résultats principaux

Il convient d'abord de rappeler que cette étude ne rapporte pas les résultats d'une évaluation des compétences développées par les internes de médecine générale mais simplement la perception par ces derniers de leurs capacités à faire face à certaines situations ou à exécuter certains actes. Il s'agit donc d'une auto-évaluation, documentée par l'intermédiaire de réponses à un questionnaire auto-administré. Les résultats doivent donc être

**Tableau II.** Effectifs d'internes se percevant à l'aise avec une situation ou une activité, selon l'exposition préalable.

Item	À l'aise	<i>n</i>	%	<i>p</i>
Adaptation d'une prise en charge aiguë en fonction du contexte global				
Fait	645	1295	49,8	
Non fait	7	184	3,8	< 0,001
Prise en charge sociale du patient				
Fait	248	985	25,2	
Non fait	3	466	0,6	< 0,001
Prise en compte du coût des soins				
Fait	344	1014	33,9	
Non fait	25	465	5,4	< 0,001
Gestion de l'incertitude diagnostique				
Fait	608	1480	41,1	
Non fait	4	15	26,7	NS
Gestion de l'urgence en ambulatoire <sup>a</sup>				
Fait	494	762	64,8	
Non fait	56	294	19,1	< 0,001
Infiltrations articulaires ou péri-articulaires				
Fait	135	428	31,5	
Non fait	11	951	1,2	< 0,001
Réalisation de frottis cervico-vaginaux				
Fait	1056	1224	86,3	
Non fait	14	240	5,8	< 0,001
Pose de dispositifs intra-utérins				
Fait	245	468	52,3	
Non fait	18	922	1,9	< 0,001
Pose d'implants sous-cutanés				
Fait	582	715	81,4	
Non fait	31	671	4,6	< 0,001
Annonce d'une maladie grave				
Fait	465	1133	41	
Non fait	33	368	9	< 0,001
Utilisation des techniques de communication				
Fait	825	1228	67,2	
Non fait	18	273	6,6	< 0,001
Éducation du patient				
Fait	918	1178	77,9	
Non fait	35	292	12,0	< 0,001
Réalisation de dépistage et de prévention				
Fait	930	1016	91,5	
Non fait	160	384	41,7	< 0,001
Organisation de l'hospitalisation et du retour à domicile				
Fait	981	1237	79,3	
Non fait	29	235	12,3	< 0,001
Permanence des soins ambulatoires				
Fait	170	209	81,3	
Non fait	248	1054	23,5	< 0,001
Régulation				
Fait	87	186	46,8	
Non fait	98	1058	9,3	< 0,001
Rédaction de certificats médicaux				
Fait	910	1399	65	
Non fait	10	72	13,9	< 0,001

*n*: effectif total des répondants à la question.

<sup>a</sup> À cette question, les internes pouvaient répondre « Je n'ai pas fait mon stage chez le praticien de niveau 1 ».

**Tableau III.** Activités réalisées et perceptions d'être à l'aise en fonction de la réalisation du stage chez le praticien de niveau 1.

Items	Stage non réalisé (%)	Stage réalisé (%)	<i>p</i>
Adaptation d'une situation aiguë à la globalité			
Fait	79,3	89,6	< 0,001
À l'aise	35,3	46,6	< 0,001
Prise en charge sociale du patient			
Fait	42,8	77,9	< 0,001
À l'aise	12,2	19,4	< 0,001
Prise en compte du coût des soins			
Fait	46,4	76,9	< 0,001
À l'aise	14,6	29,7	< 0,001
Incertitude diagnostique			
Fait	97,3	99,7	< 0,001
À l'aise	33,6	46,8	< 0,001
Urgence en ambulatoire <sup>a</sup>			
Fait	10,4	73,0	< 0,001
À l'aise	24,9	52,9	< 0,001
Infiltrations			
Fait	18,2	35,8	< 0,001
À l'aise	8,9	11,3	< 0,001
Réalisation de frottis cervico-vaginaux			
Fait	67,0	89,6	< 0,001
À l'aise	60,0	79,5	< 0,001
Pose de dispositifs intra-utérins			
Fait	15,8	40,0	< 0,001
À l'aise	13,7	20,7	< 0,001
Pose d'implants sous-cutanés			
Fait	24,1	61,5	< 0,001
À l'aise	26,3	52,9	< 0,001
Annonce d'une maladie grave			
Fait	50,9	86,9	< 0,001
À l'aise	25,1	37,4	< 0,001
Techniques de communication			
Fait	74,6	85,9	< 0,001
À l'aise	50,9	59,4	< 0,001
Éducation du patient			
Fait	70,7	81,3	< 0,001
À l'aise	64,8	63,6	0,08
Dépistage et prévention			
Fait	38,8	82,8	< 0,001
À l'aise	60,5	85,4	< 0,001
Hospitalisation et retour à domicile			
Fait	77,9	87,3	< 0,001
À l'aise	63,7	72,6	< 0,001
Permanence des soins ambulatoires			
Fait	6,0	18,6	< 0,001
À l'aise	15,9	41,4	< 0,001
Régulation			
Fait	6,8	16,8	< 0,001
À l'aise	9,4	18,2	< 0,001
Rédaction de certificats médicaux			
Fait	82,0	99,1	< 0,001
À l'aise	47,8	68,8	< 0,001
Travail avec les professionnels de santé en ambulatoire <sup>b</sup>			
Fait	8,1	83,6	< 0,001

<sup>a</sup> À cette question, les internes pouvaient répondre « Je n'ai pas fait mon stage chez le praticien de niveau 1 ».

<sup>b</sup> À cette question, nous n'avons pas demandé si les internes étaient à l'aise avec ce travail avec les professionnels de santé.

**Tableau IV.** Activités réalisées et perceptions d'être à l'aise en fonction de l'avancée dans l'internat.

Items	Premier semestre (%)	Maquette validée (%)	<i>p</i>
Adaptation d'une situation aiguë à la globalité			
Fait	75,1	88,2	< 0,001
À l'aise	34,2	48,7	< 0,001
Prise en charge sociale du patient			
Fait	39,9	79,4	< 0,001
À l'aise	12,4	22,7	< 0,05
Prise en compte du coût des soins			
Fait	42,4	79,1	< 0,001
À l'aise	14,9	31,1	< 0,05
Incertitude diagnostique			
Fait	96,1	99,4	< 0,05
À l'aise	31,8	52,6	< 0,001
Urgence en ambulatoire <sup>a</sup>			
Fait	10,4	80,7	< 0,001
À l'aise	22,8	54,1	< 0,001
Infiltrations			
Fait	17,5	37,5	< 0,001
À l'aise	9,5	13,7	0,15
Réalisation de frottis cervico-vaginaux			
Fait	62,8	91,4	< 0,001
À l'aise	57,0	80,7	< 0,001
Pose de dispositifs intra-utérins			
Fait	10,1	43,0	< 0,001
À l'aise	10,0	20,1	< 0,05
Pose d'implants sous-cutanés			
Fait	19,6	68,0	< 0,001
À l'aise	20,4	57,2	< 0,001
Annonce d'une maladie grave			
Fait	35,4	91,1	< 0,001
À l'aise	16,9	42,8	< 0,001
Techniques de communication			
Fait	71,5	86,7	< 0,001
À l'aise	47,7	66,2	< 0,001
Éducation du patient			
Fait	68,9	83,4	< 0,001
À l'aise	62,8	66,5	0,35
Dépistage et prévention			
Fait	33,1	83,3	< 0,001
À l'aise	58,5	87,1	< 0,001
Hospitalisation et retour à domicile			
Fait	77,5	92,0	< 0,001
À l'aise	61,3	76,1	< 0,001
Permanence des soins ambulatoires			
Fait	7,6	22,4	< 0,05
À l'aise	14,6	52,0	< 0,001
Régulation			
Fait	6,0	18,2	< 0,001
À l'aise	8,6	19,3	< 0,001
Rédaction de certificats médicaux			
Fait	77,3	98,8	< 0,001
À l'aise	46,4	67,7	< 0,001
Travail avec les professionnels de santé en ambulatoire <sup>b</sup>	69,4	86,5	0,07

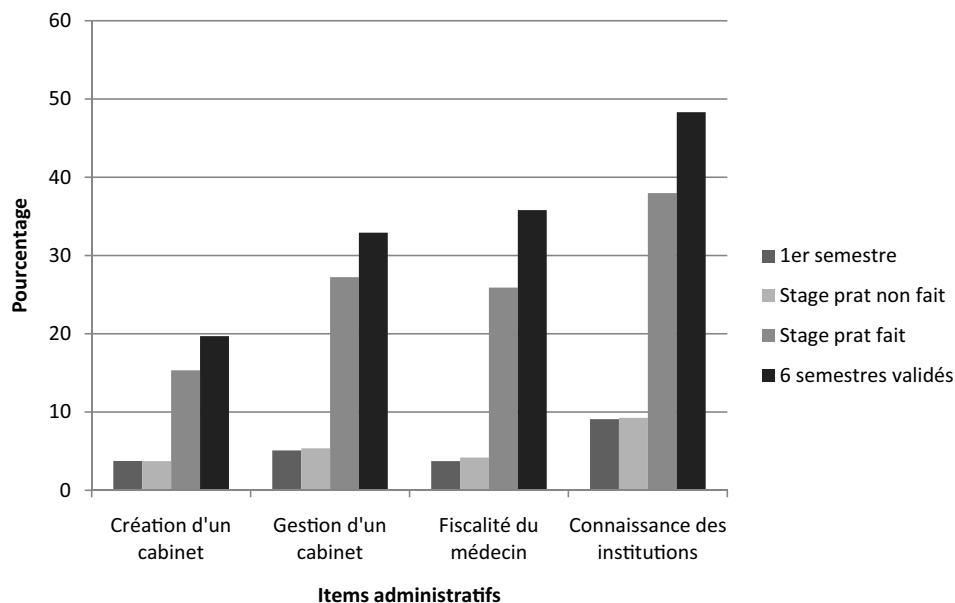
<sup>a</sup> À cette question, les internes pouvaient répondre « Je n'ai pas fait mon stage chez le praticien de niveau 1 ».<sup>b</sup> À cette question, nous n'avons pas demandé si les internes étaient à l'aise avec ce travail avec les professionnels de santé.



**Tableau V.** Temps de formation dans les domaines administratifs déclarés par les internes.

Temps de formation	<i>n</i>	Aucune	< 1 jour	> 1 jour	> 1 jour par an de DES	Ne sait pas
Création de cabinet	1487	591	493	140	16	247
Gestion de cabinet	1477	504	557	147	27	242
Fiscalité du médecin	1490	457	590	178	25	240
Institutions	1491	404	499	292	58	238

DES : diplôme d'étude spécialisée en médecine générale.



**Figure 4.** Pourcentage d'internes se percevant à l'aise avec les domaines administratifs en fonction des étapes. Stage prat : stage chez le praticien de niveau 1.

interprétés au regard des limites reconnues à la démarche d'auto-évaluation, telles qu'elles sont notamment exposées dans la revue de Dory [15].

Toutes les compétences répertoriées dans le référentiel de médecine générale ne sont pas explorées de manière homogène. L'exposition à une situation ou à un acte varie de 12,7 % à 98,3 %. Pourtant cette étude montre que la confrontation à une situation est associée à une perception d'être à l'aise dans sa pratique. Par exemple, la perception d'être à l'aise avec la réalisation d'un FCV varie de 5,8 % à 86,3 % ( $p < 0,001$ ) selon que les étudiants l'aient pratiqué ou non.

Deux études qualitatives menées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) montraient l'importance du stage chez le praticien. La première, datée d'octobre 2005, rapportait les paroles de dix résidents et dix jeunes généralistes qui déclaraient que ce semestre chez le praticien représentait « la compréhension du métier » « parce que, c'est vrai que c'est aussi la première fois où on découvre vraiment ce métier, le métier de généraliste, parce que dans les autres stages hospitaliers ça n'a aucun rapport ». En 2005, cette population étudiée n'a pas bénéficié du stage de médecine générale ambulatoire en deuxième cycle. La seconde [16], publiée en février 2011, retraçait le suivi d'une cohorte d'une cinquantaine d'internes de médecine générale de

2003 à 2010, et montrait que ces internes « se trouvaient bien mieux préparés à la médecine générale que leurs aînés ne l'avaient jamais été ».

Notre étude met en évidence l'importance de ce stage chez le praticien de niveau 1 et le rôle significatif de l'avancée dans l'internat pour l'ensemble des situations, à l'exception de l'éducation du patient. Le sentiment de progression des internes au cours du troisième cycle est notable, en particulier après ce stage chez le praticien.

Notre étude suggère qu'existent quatre types de situations relatives à la perception d'acquisition des compétences :

- certaines compétences sont perçues comme étant « acquises », alors même que l'interne n'a pas forcément été en situation de les mobiliser en situation au cours de son cursus ;
- certaines compétences sont perçues comme « non acquises », en raison d'une exposition insuffisante aux situations concernées pour que l'interne en retire un sentiment de maîtrise ;
- certaines compétences sont perçues comme « acquises avec le temps d'exposition », notamment parce que l'exposition aux situations concernées au cours de l'internat et du stage chez le praticien améliore le sentiment de maîtrise de l'interne ;

– certaines compétences sont perçues comme relevant d'une « d'acquisition progressive », dans la mesure où les internes sont régulièrement exposés aux situations concernées, ce qui ne suffit pour autant pas à la perception d'un sentiment de maîtrise, qui reste très bas. Ces catégories ne recouvrent pas les niveaux de compétences décrits par Compagnon [17], qui sont proposés comme base d'évaluation par les enseignants et d'auto-évaluation par les internes. Elles semblent mettre en évidence que certaines compétences sont plus difficiles à acquérir par les internes, nécessitant davantage de temps ou de confrontation aux situations du métier de médecin généraliste.

## Discussion des résultats par catégorie de compétences

### *Les compétences perçues comme « acquises »*

Il s'agit de la compétence « éducation, prévention, santé individuelle et communautaire ». Les actions de dépistage et de prévention sont fréquemment rencontrées au cours de l'internat de médecine générale et notamment lors du stage chez le praticien (augmentation de 45 points entre début/fin de cursus et avant/après le stage de niveau 1). L'étude ECOGEN [18] montrait que 10,95 % des consultations de médecine générale incluait des situations de médecine de prévention. Dans notre étude, cet item ne semble pas poser de problèmes d'acquisition.

La compétence « éducation du patient » semble également bien maîtrisée selon les déclarations des internes. Plus de trois internes sur quatre déclarent avoir pratiqué de « l'éducation thérapeutique ». La maîtrise de cette capacité semble perçue comme bonne par près de 65 % des internes, quelle que soit leur exposition antérieure ; cette perception reste stable au cours de l'internat et du stage chez le praticien. Notre questionnaire précisait bien que l'« éducation thérapeutique » ne se réduisait pas à l'information et au conseil. Les définitions de l'éducation thérapeutique sont variées. L'article L1161-1 de la loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires) définit l'éducation thérapeutique au regard de « l'objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie » [19]. D'autres définitions définissent l'éducation thérapeutique dans le champ de l'éducation à la santé en lien avec le « but d'aider les gens à prendre soins d'eux-mêmes » dans le cadre d'une maladie, d'un handicap, d'un facteur de risque ou simplement de la condition d'enfance [20]. Ces différences entre les définitions peuvent expliquer l'absence de progression perçue vis-à-vis de cette compétence, en lien avec des interprétations différentes.

### *Les compétences perçues comme « non acquises »*

L'exposition à des situations en lien avec la compétence « continuité, suivi, coordination des soins », est trop faible pour que l'interne exprime un sentiment de maîtrise.

La permanence des soins ambulatoires (astreinte ou régulation) fait partie intégrante des compétences du médecin généraliste [2,4]. Notre étude montre que seuls

13,9 % des internes ont participé à la permanence des soins ambulatoires et 12,7 % à la régulation au cours de leur cursus. Cette faible participation à la PDSA peut être expliquée par l'absence de cadre réglementaire. En novembre 2015, la ministre de la Santé a annoncé la possible participation des internes à la permanence des soins, lors d'un congrès du Collège national des généralistes enseignants [21].

La continuité des soins inclut leur organisation autour de l'hospitalisation et du retour à domicile. Cette situation, souvent rencontrée, est perçue comme bien maîtrisée par l'ensemble des répondants.

La coordination des soins fait référence au médecin généraliste comme « pivot » du système de santé. Pour pouvoir assurer cette fonction, le travail interprofessionnel est indispensable. À l'hôpital, la proximité l'impose (plus de 95 % des internes l'ont fait) ; en ambulatoire, il doit être provoqué (81,3 % des internes l'ont fait). Le travail interprofessionnel nécessite la connaissance des domaines de compétence de tous les professionnels impliqués [22]. Une formation interprofessionnelle a été évaluée et met en exergue la satisfaction des étudiants et leur volonté de travail collaboratif interprofessionnel [23].

### *Les compétences perçues comme « acquises avec le temps d'exposition »*

L'exposition à ces situations au cours de l'internat et du stage chez le praticien améliore le sentiment de maîtrise de l'interne. Il s'agit des compétences dénommées « premier recours, urgences » ; « relation, communication, approche centrée patient ».

Les gestes techniques du référentiel métier sont peu réalisés avant le stage chez le praticien à l'exception du FCV, qui a déjà été réalisé par 62,8 % des internes de premier semestre. La progression en gynécologie concernant la pose d'implant sous-cutané et de DIU est importante après le passage chez le praticien. Des freins existent dans la réalisation des gestes techniques. Ils peuvent être liés au patient (gêne ressentie et méconnaissance des pratiques gynécologiques du médecin généraliste), au médecin (crainte de détérioration de la relation médecin-patient), à l'organisation des soins (temps passé mal rémunéré), ou à la formation déficiente [24]. Les infiltrations articulaires et péri-articulaires sont les gestes les moins réalisés.

La fréquence de la gestion de l'urgence en ambulatoire et la perception de sa maîtrise s'améliorent au cours du cursus. Un interne sur dix a déjà géré une situation urgente en ambulatoire avant le stage chez le praticien, contre sept internes sur dix après ce stage.

L'item numéro 1 du programme des ECN fait référence à la capacité « expliquer les bases de la communication avec le malade », que tous les étudiants en médecine devraient donc maîtriser à la fin de leur deuxième cycle. Cela explique qu'un fort taux d'internes déclare la mobiliser mais la perception de sa maîtrise reste moindre (trois internes sur cinq). La compétence « communication » est d'acquisition complexe. Notre étude montre que

les internes utilisent les techniques de communication qu'ils ont apprises au cours de leur cursus, mais ne pensent pas suffisamment les maîtriser. Les études insistent sur l'importance des enseignants et des maîtres de stages en tant que modèles de rôle [25] et soulignent l'impact déterminant du sentiment de maîtrise de cette capacité pour la consolidation de l'orientation vers une pratique future du métier de médecin généraliste [26].

La compétence « approche centrée sur le patient » est enseignée de façon diverse au sein des départements de médecine générale [27]. Certains outils sont fréquemment utilisés, comme le récit de situation complexe authentique (RSCA), d'autres plus rarement, comme le journal de bord.

### *Les compétences perçues comme « d'acquisition progressive »*

Les internes sont régulièrement exposés aux situations en lien avec les compétences « approche globale, prise en compte de la complexité ; professionnalisme », mais le taux d'internes se percevant à l'aise avec celles-ci reste très bas.

Tous les internes sont exposés à l'incertitude diagnostique mais moins de 50 % se sentent à l'aise avec cette notion. Face aux patients présentant des symptômes non expliqués, ils évoquent le manque de temps, le sentiment d'incompétence engendré par ces situations complexes et le manque de formation [28].

Le sentiment de maîtrise de la prise en charge sociale reste faible (20 %) bien que cette situation soit fréquemment rencontrée par les internes, en particulier à l'issue du stage chez le praticien (78 %). Pourtant, cette dimension entre dans la définition de la médecine générale de la WONCA et est reprise en tant que famille de situation par le CNGE [6].

Le professionnalisme est le cadre du métier incluant des items transversaux de relation, de gestion, d'éthique et de responsabilité sociale [29]. Bien que des recommandations existent à cet égard [30], ces dimensions restent insuffisamment travaillées en formation. Ainsi, moins d'un interne sur trois se perçoit à l'aise avec la prise en compte du coût des soins.

Le stage chez le praticien semble déterminant pour la formation aux dimensions « administratives » du métier, ce qui confirme les données établies par plusieurs travaux [31,32]. D'une façon plus générale, l'impact de ce stage est déterminant pour le processus de socialisation professionnelle des internes de médecine générale, en facilitant notamment la construction de représentations appropriées sur la médecine ambulatoire [16,33,34].

## **Conclusion**

Fondée sur une enquête nationale, notre étude établit que les conditions de formation réunies au cours du troisième cycle des études médicales en France, tel qu'il était organisé avant la réforme des DES en cours d'implantation, permettent globalement une exposition des internes à l'ensemble des situations professionnelles

spécifiques de la médecine générale. Elle précise également l'importance déterminante du stage chez le praticien pour l'amélioration du sentiment de maîtrise des compétences nécessaires pour traiter judicieusement ces situations. Elle confirme cependant que plusieurs besoins de formation, dans des champs importants pour un exercice adéquat de la médecine générale en tant que médecine de soins primaires en milieu ambulatoire, ne sont pas satisfaits au niveau optimal. Les résultats de l'étude fournissent ainsi des pistes pertinentes pour orienter les ajustements à mettre en place dans le cadre de la réforme en cours, notamment en lien avec l'augmentation du temps de stage en milieu ambulatoire.

## **Contributions**

Elodie Hernandez et Emmanuel Bagourd ont participé à la conception du protocole de recherche, au recueil des données, à l'interprétation des résultats et à l'écriture du manuscrit. Catherine Laporte a participé à la conception du protocole de recherche, au recueil des données, à l'analyse statistique, à l'interprétation des résultats et à la relecture du manuscrit.

Anne-Lise Trémeau et Anne-Lise Bolot ont participé à la relecture du manuscrit. Jose-Philippe Moreno a participé au recueil des données, à l'interprétation des résultats et à la relecture du manuscrit. Elodie Hernandez a participé à la correction et à la réécriture du manuscrit commenté. Elodie Hernandez a participé à la correction et à la réécriture du manuscrit commenté.

## **Approbation éthique**

Non sollicitée car sans objet.

## **Conflits d'intérêts**

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.

## **Références**

1. Le Mauff P, Bail P, Gargot F, Garnier F, Guyot H, Honnorat C, *et al.* L'évaluation des compétences des internes de médecine générale. *Exercer* 2005;73:63-9.
2. Wonca Europe. La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille. 2002 [online]. Disponible sur : <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>.
3. Collectif: mission nationale, évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé ; Collège national des généralistes enseignants (CNGE); Conseil national de l'ordre des sages-femmes (CNOSF); Collectif des associations et syndicats de sages-femmes (CASSF); Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). Référentiel métier et compétences. Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues obstétriciens. Paris : Berger-Levrault, 2010.

4. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Le Breton J, Renard V, Attali C. Définitions et description des compétences en médecine générale. *Exercer* 2013;24:148-55.
5. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. *Journal Officiel de la République française*. [online]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/>. NOR: NOR: MENS0402086A.
6. Attali C, Huez J-F., Valette T, Lehr Drylewicz AM. Les grandes familles de situations cliniques. *Exercer* 2013;24:165-9.
7. Parent F, Jouquan J. Comment élaborer et analyser un référentiel de compétences en santé? Une clarification conceptuelle et méthodologique de l'approche par compétences. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur, 2015.
8. Frank JR, Snell L, Sherbino J, Boucher A (rédacteurs). *Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins*. Ottawa: Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015.
9. Attali C. Objectif: certification des compétences! *Exercer* 2013;24:147.
10. Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Les niveaux de compétences. *Exercer* 2013;24:156-64.
11. Chartier S, Le Breton J, Ferrat E, Compagnon L, Attali C, Renard V. L'évaluation dans l'approche par compétences en médecine générale. *Exercer* 2013;24:171-7.
12. Potier A, Robert J, Ruiz C, Lebeau J, Renoux C. Un portfolio pour certifier les compétences: des concepts à la pratique. *Exercer* 2013;24:178-84.
13. Renoux C, Lebeau JP, Potier A, Lehr Drylewicz AM. Un référentiel de compétences pour une évaluation formative des internes en stage de premier niveau en médecine générale. *Exercer* 2013;24:185-92.
14. Parent F, Jouquan J, De Ketele JM. CanMEDS and other "competency and outcome-based approaches" in medical education: clarifying the ongoing ambiguity. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2013;18:115-22.
15. Dory V, de Foy T, Degryse J. L'auto-évaluation: postulat préalable, finalité de la mission éducative ou utopie pédagogique Clarifications conceptuelles et pistes pour une application en éducation médicale. *Pédagogie Médicale* 2009;10:41-53.
16. Bloy G. Jeunes diplômés de médecine générale: devenir médecin généraliste.. ou pas? Document de travail, DREES, Études et Recherches 2011;104:1-141.
17. Compagnon L, Bail P, Huez J-F., Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, *et al.* Les niveaux de compétences. *Exercer* 2013;24:156-64.
18. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, *et al.* ECOGEN: étude des éléments de la consultation en médecine générale *Exercer* 2014;25:148-57.
19. République française. Code de la santé publique – Article L1161-1 modifié par Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 – art. 1 (VT) modifié par Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 – art. 99 (V). Code de la santé publique.
20. Sandrin-Berthon B. Éducation thérapeutique du patient: de quoi s'agit-il? Actualité et dossier en santé publique 2009;66:10-2.
21. Touraine M. Intervention de Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes Congrès des généralistes enseignants. 2015 [online]. Disponible sur : [http://www.cnge.fr/media/docs/cnge\\_site/cnge/Congres\\_CNGE\\_2015\\_Allocution\\_Minsitre\\_de\\_la\\_Sante\\_Mme\\_Marisol\\_Touraine.pdf](http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Congres_CNGE_2015_Allocution_Minsitre_de_la_Sante_Mme_Marisol_Touraine.pdf).
22. Junod Perron N, Perone N, Bischoff A, Kruseman M. Formation interprofessionnelle : une exigence pour une approche intégrée des soins ? *Rev Med Suisse* 2008;4:2030-3.
23. Fiquet L, Hugué S, Annezo F, Chapron A, Allory E, Renaut P. Une formation inter-professionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé. *Pédagogie Médicale* 2015;16:105-17.
24. Fayolle E, Valée J. Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes. *Exercer* 2013;24:114-20.
25. Millette B, Lussier MT, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins: aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagogie Médicale* 2004;5:110-26.
26. Oude Engberink A, Amouyal M, David M, Bourrel G. Étude qualitative du sentiment « d'être prêt à exercer » la médecine générale chez des internes et de jeunes médecins généralistes. *Pédagogie Médicale* 2011;12:199-212.
27. Smit G, Bally J, Gocko X. Enseignement de la compétence « approche centrée sur le patient » : outils des départements de médecine générale français. *Exercer* 2018;141:133-8.
28. Yon K, Nettleton S, Walters K, Lamahewa K, Buszewicz M. Junior doctors' experiences of managing patients with medically unexplained symptoms: a qualitative study: table 1. *BMJ Open* 2015;5(12):e009593.
29. Projet pour le professionnalisme médical. Le professionnalisme médical pour le nouveau millénaire: une charte pour les praticiens. *Pédagogie Médicale* 2004;5:43-5.
30. Barrier JH, Brazeau-Lamontagne L, Colin R, Quinton A, Llorca G, Ehua FS. La formation au professionnalisme des futurs médecins. Recommandations du Conseil pédagogique de la CIDMEF. *Pédagogie Médicale* 2004; 5: 75-81.
31. Coudreuse Chichoux M. Influence du stage ambulatoire de niveau 1 sur le projet d'installation des internes en D.E.S. de médecine générale de la faculté de Grenoble. Grenoble: Université Joseph-Fourrier. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, 2012.
32. Bloy G. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale: le cas du stage chez le praticien. *Rev Fr Aff Soc* 2005;1:101-25.
33. Hardy-Dubernet AC, Gadea C. De « faire médecine » à « faire de la médecine ». Document de travail, DREES, Études et Recherches 2005;53:1-203.
34. Bloy G, Schweyer FX. *Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale*. Rennes: Presses del'EHESP, 2010.

**Citation de l'article** : Hernandez E., Bagourd E., Tremeau A.-L., Bolot A.-L., Laporte C., Moreno J.-P., Perception de l'acquisition des compétences du métier de médecin généraliste par les internes de médecine générale : enquête nationale. *Pédagogie Médicale* 2017;18:109-120